

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW  
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH DOTYCZĄCYCH  
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTĘ  
W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ WPISANEJ DO REJESTRU**

**B-1.2**data  
przyjęcia

--	--	--	--	--	--	--	--

**2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3. ORGAN  
PROWADZĄCY  
REJESTR**L 

--	--

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

**4. DANE EWIDENCYJNE**

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy  LEKARZA  LEKARZA DENTYSTY**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /  
/ WOJSKOWEJ  
IZBY LEKARSKIEJ**

w

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 **9. ZMIANA ADRESU DO KORESPONDENCJI**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

miejscowość

**10**

telefon

faks

**11** e-mail**12**

adres strony internetowej

 **13. UZYSKANE SPECJALIZACJE**uzyskana  
specjalizacjauzyskana  
specjalizacja **15. INFORMACJA O OKRESOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA  
PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ** Informuję, że zawieszam prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

kod praktyki

--	--

w okresie od

--	--	--	--	--	--	--	--

do

--	--	--	--	--	--	--	--

 **16. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ** Informuję, że podejmuję prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

kod praktyki

--	--

z dniem

--	--	--	--	--	--	--	--

**ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE)** **17.a) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**RODZAJ ZAMIERZONEJ  
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

 SZPITALNE INNE NIŻ SZPITALNE AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

 INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki **99**

**18.a) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY ADRESU MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12	adres strony internetowej

**19.a) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA**

--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12	adres strony internetowej

**KOLEJNE MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU - W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

**18.a1) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki

--	--

<b>nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

**19.a1) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
W DOTYCHCZASOWYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO  
– ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA**



*kod praktyki*

<b>nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail

**ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI  
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

**17.b) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

**RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:**

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – *kod praktyki* **95**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA  
W DZIEDZINIE ..... – *kod praktyki* **96**

**18.b) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ  
PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**



*kod praktyki*

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.b) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA  
DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO  
WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI**



*kod praktyki*

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail

**ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI  
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

**17.c) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

<b>RODZAJ ZAMIERZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:</b>	STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	<input type="checkbox"/> SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
<b>RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:</b>		
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – <i>kod praktyki</i> <b>93</b>		
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE ..... – <i>kod praktyki</i> <b>94</b>		

**18.c) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**



diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki



<b>nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

**19.c) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DOTYCHCZASOWYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA**

kod praktyki



<b>nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

**20. INFORMACJA O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

okres ubezpieczenia od dn. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] do dn. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna .....

**21. DANE DOTYCZĄCE UZYSKANEJ AKREDYTACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby L [ ][ ], kod praktyki [ ][ ] – uzyskała akredytację

Data udzielenia akredytacji dn. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Data ważności certyfikatu akredytacyjnego dn. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**22. DANE DOTYCZĄCE UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby L , kod praktyki  – uzyskała wpis

na listę marszałka województwa ..... podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ..... z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia stażu kierunkowego w zakresie ..... z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych do prowadzenia szkolenia w celu uzyskania umiejętności w zakresie ..... z dniem

24  data  podpis lekarza składającego wniosek

- \* dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej w pomieszczeniu  
 \*\* dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania  
 \*\*\* dotyczy zmiany danych praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- } **niepotrzebne skreślić**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;  
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DZ. U. z 2018 r. poz. 160),

**a w szczególności:**

- pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażone są w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulizacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. \*

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;  
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DZ. U. z 2018 r. poz. 160),

**a w szczególności:**

- posiadam produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej przystosowany do transportu obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulizacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop. \*\*

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;  
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DZ. U. z 2018 r. poz. 160). \*\*\*

**Adres wnioskodawcy:**

województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu / nr lokalu				kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
miejsowość		telefon		faks / e-mail	
miejsce, data			imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy		

**ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

dokument potwierdzający uiszczenie opłaty